

Les crises génitales du tabès et des myélites syphilitiques chez la femme

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 1938

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BENSIMON Joseph

né le 19 Novembre 1909, au Caire (Égypte)

Examineurs de la Thèse :

{	MM. BINET, professeur	Président
	WATRIN, professeur	{ Juges
	DROUET, agrégé	
	MERKLEN, agrégé	

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE V. IDOUX
3, Rue du Général-Drouot
1938

Les crises génitales du tabès et des myélites syphilitiques chez la femme

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 1938

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BENSIMON Joseph

né le 19 Novembre 1909, au Caire (Egypte)

Examineurs de la Thèse :

{	MM. BINET, professeur	Président
	WATRIN, professeur	Juges
	DROUET, agrégé	
	MERKLEN, agrégé	

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE V. IDOUX
3, Rue du Général-Drouot
1938

Faculté de Médecine de l'Université de Nancy

Doyen : M. L. SPILLMANN, O  I 

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; WEISS, O  I ;
BOUIN, O  I ; ANCEL,  I ; GARNIER,  I ; MACÉ,  I ;

P. PARISOT, O  I ; DUFOUR,  I ;

HOCHÉ, O  I ; FROELICH,  I ; LAMBERT,  I .

PROFESSEURS :

Anatomie pathologique	N...
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O  I 
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSHOLZ, O  I 
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES,  I 
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, O  I 
Histologie	M. R. COLLIN,  I 
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O  I 
Clinique médicale	M. L. RICHON,  I 
Chimie médicale	M. H. ROBERT,  I 
Clinique médicale	M. M. PERRIN,  I 
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C  I 
Clinique chirurgicale	M. HAMANT,  I 
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE,  I 
Physiologie	M. SANTENOISE,  I  A  B 
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE,  I 
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE,  I 
Thérapeutique	M. SIMONIN, I 
Clinique gynécologique	M. BINET,  I 
Pathologie chirurgicale	M. BARTHÉLEMY,  I 
Hydrologie	N...
Professeurs sans chaire	M. L. JOB,  I 
	M. WATRIN,  I 

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL,  I  agrégé
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I  prof.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I  agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET,  I  agrégé libre
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A  agrégé
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE,  I  professeur
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I  agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN,  I  prof. s. chaire
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY,  I  ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY,  I  ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB,  I  prof. sans chaire
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN,  I  agrégé
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL,  I  agrégé
Clinique des maladies mentales	M. ABEL,  I  agrégé
Education physique (1)	M. HAMEL,  docteur
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, I  agrégé
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, I  agrégé
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur
Parasitologie	M. AUBRIOT,  docteur.
	M. DOMBRAY,  docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. MERKLEN, I .
FLORENTIN, .
BODART
CHALNOT

MM. WOLFF, A .
MELNOTTE, O .
MUTEL,  I .
VERMELIN,  A

MM. GUILLEMIN, A .
ABEL,  I .
DROUET, A .
KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES :

MM. G. GROSS,  I ; S. RÉMY, I ; BUSQUET, I ;
LAMY,  I .

M. E. TRIBOLET, I , Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

C'est à vous que je dédie ce travail. Mon éducation, ainsi que celle de mes frères et sœur a été la préoccupation constante de votre vie, toute de travail et de sacrifices. Je vous dois tout. Puisse cette thèse, couronnement de longues études que vous m'avez permises, être le faible témoignage de mon amour filial, de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ANDRÉ BINET
Professeur de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR J. WATRIN
Professeur d'Anatomie Pathologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DROUET
Chargé du Cours de Pathologie générale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERKLEN
Chargé des Cours de Physiologie
et d'Education Physique

INTRODUCTION

Au cours des myélites syphilitiques chroniques et en particulier au cours du tabès à la période pré-ataxique, on peut observer tant chez l'homme que chez la femme, des crises génito-érotiques.

Une opinion ancienne et d'ailleurs assez répandue aujourd'hui encore dans le public, faisait des abus sexuels et de l'exaltation du sens génésique la cause du tabès. Actuellement, nous savons que cette maladie est imputable à la syphilis.

Les crises d'hyperexcitation génitale sont en réalité, assez rares dans l'évolution de la neuro-syphilis médullaire et dans le tabès, très rapidement apparaît au contraire un état de dépression sexuelle, d'impuissance, qui s'accroît progressivement et devient presque constant à la phase d'ataxie locomotrice confirmée.

Dans la littérature médicale, on trouve peu de renseignements sur les crises génitales des myélites syphilitiques et du tabès. Les auteurs classiques effleurent à peine cette question et les observations en sont rarement publiées. Nous n'avons pu en colliger que cinq, presque

toutes déjà anciennes. A ces observations, nous en ajouterons une, jusqu'ici inédite recueillie dans le service de notre maître, le Professeur Binet. C'est elle qui a servi de point de départ à notre travail.

Nous avons limité d'ailleurs nos investigations aux crises érotiques d'origine myélitique ou tabétique chez la femme, car notre travail a été conçu et poursuivi au service de Gynécologie de la Faculté de Médecine de Nancy. Chez l'homme, des manifestations du même genre peuvent se produire, toujours avec un même caractère d'exception. Elles consistent surtout, d'après Trousseau, en désirs incessants de coït, aptitude anormale à le répéter, spermatorrhée accompagnée d'érection et de sensations voluptueuses.

Le plan de ce travail sera le suivant :

Après avoir tracé un aperçu rapide de l'histoire des relations qui existent entre les lésions expérimentales ou anatomo-pathologiques de la moelle et les organes génitaux, nous ferons l'exposé de nos observations. Puis, étudiant et commentant ces observations tout le long de ce travail, nous consacrerons le premier chapitre à l'étude clinique du syndrome de l'éréthisme sexuel. Dans un deuxième chapitre, nous tenterons d'apporter une interprétation pathogénique aux crises génito-érotiques observées dans les myélites syphilitiques et dans le tabès.

Les troisième et quatrième chapitre, traiteront les questions du diagnostic et du diagnostic différentiel et le cinquième du traitement de cette affection.

Dans un sixième et dernier chapitre, nous résumerons ces diverses données et conclurons. Nous tirerons de nos observations l'enseignement qu'elles comportent.

Avant d'entreprendre ce travail, il nous est particulièrement agréable de remercier M. le Prof. Binet. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment dirigé dans son élaboration et dans sa rédaction. Nous conserverons le meilleur souvenir de ses conversations au cours desquelles il nous a prodigué son temps et ses conseils éclairés. Nous ne cesserons jamais d'admirer la haute valeur scientifique de ses leçons cliniques, et cette culture littéraire que révèle la lecture de chacun de ses écrits. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse et le prions de croire à notre dévouée reconnaissance.

Notre admiration va également à M. le prof. Watrin, dont nous avons suivi avec tant de profit les leçons cliniques de l'Hôpital Fournier et ceux professés à la Maternité de Nancy. Nous sommes fiers de compter parmi nos juges, ce maître dont nous avons pu apprécier l'enseignement si instructif et si lumineux. Qu'il veuille trouver ici, l'expression de notre vive gratitude.

M. le Prof. agrégé Drouet a été notre premier maître. C'est à lui que nous devons le meilleur de notre formation médicale. Nous avons suivi avec fruit, pendant plusieurs années, son remarquable enseignement au lit du malade et nous avons pu admirer sa grande conscience professionnelle. Il incarnera à nos yeux les plus hautes qualités du médecin. Qu'il nous permette de lui exprimer aujourd'hui notre sincère gratitude.

Nous avons toujours suivi avec un grand intérêt l'enseignement si clair et si précis de M. le Prof. agrégé L. Merklen. Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu juger cette thèse et nous lui en sommes reconnaissants.

Nous sommes très redevables à M. le Docteur Michon; il a bien voulu examiner avec nous la malade dont l'observation est le point de départ de ce travail et nous a aidé de ses précieuses suggestions. Nous lui en exprimons nos vifs remerciements.

Nous ne pouvons oublier enfin l'accueil si bienveillant que nous a réservé M. le Docteur Meignant. Son concours nous a été utile et nous sommes heureux de le remercier de cette aide.

APERÇU HISTORIQUE

Les relations de la moelle épinière avec les organes génitaux sont décrites depuis les temps les plus reculés. Platon, Aristote et les anciens pensaient que la moelle et d'ailleurs le système nerveux dans son ensemble étaient destinés à produire la semence masculine ou féminine; Galien expliquait ainsi comment l'abus des plaisirs sexuels entraîne la paralysie des membres, et d'ailleurs cette idée avait cours, il n'y a pas bien longtemps encore.

Léonardo da-Vinci, au quinzième siècle, dans une planche très connue, représente l'acte de la génération. Sur ce dessin, la moelle et le cerveau envoient aux testicules des canaux chargés de sperme et apportent le souffle qui produirait l'érection.

Les relations de la moelle et des organes génitaux trouvent une justification scientifique dans de nombreux travaux expérimentaux entrepris dès le début du 19^e siècle et poursuivis au 20^e. Ces travaux sont dûs principalement à Ségalas (1824), Brachet (1839), Marshall Hall, Valentin (1844), Budge (1842), Goltz et Freusberg, Spina, Poussep, Bechterew (1910), Head et Riddoch (1917). De tous ces travaux, ceux de Budge paraissent

les plus importants : cet auteur parvint à délimiter le centre médullaire qui actionne les organes génitaux.

L'apport de la clinique paraît plus tardif, ce n'est qu'en 1866, qu'ont été décrites pour la première fois les crises voluptueuses du tabès dans un rapport de MM. Charcot et Bouchard présenté à la Société de Biologie de Paris. Un peu plus tard, vers 1880, les cliniciens Français consacrent souvent des études aux troubles génitaux observés dans les affections nerveuses, mais ne les envisagent que chez l'homme. C'est ainsi que Trousseau, dans ses cliniques et Alfred Fournier dans un livre qu'il consacre à l'étude de la période préataxique du tabès, décrivent longuement la phase d'hyperexcitation génésique observée par eux dans le tabès incipiens, mais ne signalent pas de manifestations du même genre chez la femme.

Reprenant les travaux de Charcot et de Bouchard, le professeur Pitres, en 1884, rapporte trois observations nouvelles et détaillées de cette anomalie singulière des fonctions génitales féminines.

En 1890, l'auteur Italien Morselli, décrit sous le nom de crises vulvo-vaginales des tabétiques des crises douloureuses, véritables douleurs fulgurantes portant sur la sphère génitale de la femme.

En 1892, le professeur Grasset, de Montpellier, rapporte une observation de crises clitoridiennes chez une tabétique.

Les blessures de guerre, en réalisant des sections médullaires, ont permis aussi d'étudier des troubles génitaux et des sphincters. Les cas rapportés restent, bien entendu, exclusivement masculins.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Douleurs fulgurantes de l'ataxie sans incoordination des mouvements; sclérose commençante des cordons postérieurs de la moelle épinière (Charcot et Bouchard, 1866. Obs. résumée).

S. Catherine, 51 ans. Réglée à 14 ans et depuis reste sujette à la leucorrhée, à des maux d'estomac et présente quelques accident nerveux. Menstruation régulière. A 20 ans, contracte la syphilis, puis se livre pendant 3 ans à la prostitution. Redevient ensuite femme de ménage ou cuisinière et se fatigue beaucoup. Ménopause à 45 ans. A 47 ans, la malade commença à éprouver des violents élancements dans les cuisses et dans les jambes, des douleurs dans les membres supérieurs et dans tout le corps. Ces douleurs revenaient à intervalles réguliers, duraient chaque fois une semaine et disparaissaient spontanément. La marche n'était pas gênée et la puissance musculaire paraissait intacte. Elle revient à l'hôpital quelque temps après et l'observation qui fut rédigée alors porte que les douleurs paraissent siéger le long des os et qu'on les soupçonne d'être syphilitiques; mais au bout de 4 jours, elles ont disparu. A la même époque, on enregistre de

l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, l'absence d'albumine dans les urines, un bruit de souffle au cœur, et enfin des *sensations voluptueuses que la malade comparait à celles du coït et qui survenaient spontanément depuis 4 ans*, mais qui avaient cessé depuis 5 mois. Deux ans après, elle est admise à nouveau à l'hôpital pour une affection cardiaque, sort pour revenir un mois après; l'attention se porte alors plus particulièrement sur les symptômes spinaux. Douleurs constituées par des élancements fréquents, très rapides, parcourant comme un éclair toute la longueur des membres inférieurs, arrachant parfois des cris. Ces douleurs partent de la région lombo-sacrée et se succèdent avec rapidité, torturant cruellement la malade. Les sensations tactiles et thermiques paraissaient normales, mais la sensibilité au pincement diminuée. La pression sur la colonne vertébrale ne déterminait aucune douleur. La malade marchait sans embarras. Un affaiblissement de la vue sans strabisme ni diplopie. Des accidents dyspnéiques surviennent, un double hydrothorax et la malade succombe à l'âge de 58 ans.

OBSERVATION II. — Les mouvements involontaires au repos chez les tabétiques. Ataxie du tonus (Grasset, in Montpellier Médical, décembre 1892. Résumée).

Femme de 31 ans, à hérédité lourde; père mort tuberculeux à 49 ans. Sur 10 frères ou sœurs, trois sœurs et deux frères sont morts de tuberculose. Oncle paraplégique. Antécédents personnels : règles à 12 ans. Manifeste de bonne heure des habitudes d'onanisme et un penchant précoce aux plaisirs vénériens. A 19 ans, poussée par ce penchant, elle quitte sa famille et mène une vie aventureuse avec abus sexuels considérables. Quelques années plus tard, à 31 ans, survient, sous l'influence d'une chute,

une fracture avec plaie au pouce. Bientôt après, tout le membre supérieur est le siège d'un œdème considérable avec légère couleur violacée des téguments. Elle entre alors à l'hôpital, y reste trois mois et c'est pendant son séjour, qu'un mois environ après son admission, apparaissent les premiers symptômes du tabès. Les premiers troubles intéressent les organes génito-urinaires. La malade perd l'urine pendant la nuit et *de jour éprouve des crises clitoridiennes, et des sensations voluptueuses spontanées dans les organes génitaux*. Quand la malade quitte l'hôpital, ces troubles ont disparu, les douleurs fulgurantes apparaissent pour la première fois, et à partir de ce moment, le tableau classique du tabès s'accroît et se précipite.

OBSERVATION III. — Ataxie locomotrice confirmée ayant débuté par des crises spontanées et voluptueuses d'excitation vaginale et clitoridienne (Pitres, in Paris Médical, 1884. In-extenso).

Françoise R. âgée de 48 ans, est actuellement à l'hospice général des Incurables de Bordeaux, où elle a été admise pour une ataxie locomotrice confirmée après avoir fait plusieurs séjours dans divers services de l'hôpital St-André. L'ensemble des symptômes permet d'affirmer de la façon la plus positive que Françoise R. est atteinte d'une ataxie locomotrice progressive arrivée à la période paraplégique. Voici maintenant que la malade, fort intelligente et jouissant d'une excellente mémoire, raconte sur les premières phases de sa maladie.

Elle a eu pendant sa jeunesse une très bonne santé. Jamais elle n'a eu de syphilis et jamais elle n'a fait de grands excès vénériens. Elle a eu deux enfants à terme, bien venus et sains. Jamais d'avortements, ni de fausses-couches. En 1870, elle entra

dans un atelier de confections et fut occupée à coudre à la machine. Ce travail qui n'est pas pénible par lui-même lui devint bientôt très désagréable, parce que le mouvement des cuisses, nécessaire pour actionner la pédale de la machine, provoquait assez souvent chez elle des sensations voluptueuses avec spasmes érotiques et éjaculation. Malgré le plaisir immédiat que lui causaient ces sensations, elle évitait le plus possible de s'y laisser aller, parce qu'elle éprouvait ensuite de fortes langueurs d'estomac. En 1871, elle quitta l'atelier et jusqu'en 1874, elle jouit d'une santé parfaite. Seulement pendant ces trois années, bien qu'elle ne fit plus du tout usage de la machine à coudre, elle éprouvait tous les 8 à 15 jours des sensations voluptueuses violentes qui la surprenaient à l'improviste sans cause connue. Cela survenait, d'après son récit, à un moment quelconque de la journée, surtout quand elle était inactive et bien entendu, sans être précédé d'aucune provocation artificielle, ni d'aucune pensée lubrique. Cela débutait par une sorte de chatouillement, de vibration à l'intérieur du vagin. La sensation gagnait le clitoris qui entraînait bientôt en érection et très peu de temps après survenait un véritable spasme érotique avec éjaculation, absolument comme dans le coït régulier. Ces crises voluptueuses, spontanées, se répétaient presque toujours trois ou quatre fois dans une même journée, puis restaient une ou 2 semaines sans revenir. Elles étaient suivies de langueurs d'estomac assez pénibles. Notons qu'à cette époque R. vivait maritalement avec le père de ses enfants et qu'elle usait modérément, mais en toute liberté, des plaisirs conjugaux.

Vers la fin de 1874, la malade commença à ressentir dans les pieds des douleurs constrictives et des fourmillements, et six mois après, elle eut pour la première fois des douleurs fulgurantes. La première crise fut d'une violence excessive : elle dura 12 jours. Les douleurs ressemblaient à des rongements aigus dans l'inté-

rieur des os et des chairs. A partir de ce moment, les crises fulgurantes se sont reproduites très souvent. Il ne s'est guère passé de semaine sans que la malade en ait souffert plus ou moins. En 1878, les troubles de la marche se sont établis. C'est pendant cette année également que s'est produite la première crise gastrique. Les accès de toux coqueluchoïde ne sont survenus qu'en 1882.

Pendant toute la durée de cette phase progressive du tabès de 1874 à 1883, les crises érotiques ont continué à se manifester absolument avec les mêmes caractères qu'au début de la maladie. Elles surviennent encore de temps en temps, tous les 2 ou 3 mois. Mais la malade les redoute maintenant plus que jamais parce qu'elles annoncent presque toujours l'explosion prochaine de crises fulgurantes ou de crises gastriques très douloureuses.

OSERVATION IV. — Ataxie locomotrice confirmée, ayant débuté par des vomissements et des crises clitoridiennes (Pitres, in Paris Médical, 1884).

Pel. Jeanne, 48 ans, cigarière, est depuis deux ans à l'hôpital St-André, pour une ataxie locomotrice progressive. Jusqu'à l'âge de 45 ans, elle a été très bien portante : elle n'avait jamais de douleurs et n'était sujette à aucune espèce d'indisposition. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Mariée à 19 ans, elle a eu six enfants dont 3 vivants et bien portants. Elle a toujours été très ardente aux plaisirs de l'amour. Elle est veuve depuis 1870. Sa maladie a débuté en 1880. Sans cause connue, sans aucune souffrance antérieure, survinrent le matin au lever, des vomissements glaireux très pénibles. Ces vomissements étaient fréquents. Ils s'accompagnaient d'efforts violents et de douleurs vives dans l'estomac. Mais aussitôt qu'ils étaient terminés, la malade n'éprouvait plus

aucun malaise; elle mangeait et digérait fort bien. A la même époque se montrèrent les premières crises clitoridiennes. Deux fois par mois environ, sans provocation physique ou psychique, la malade ressentait un chatouillement clitoridien qui persistait en augmentant d'intensité pendant 1/4 d'heure à vingt minutes et se terminait par un spasme érotique complet avec abondante sécrétion vulvo-vaginale. Cet accident survenait tantôt le jour, tantôt la nuit. Aucun prodrome ne l'annonçait. L'érection clitoridienne cessait très peu de temps après l'éjaculation et n'était suivie d'aucune fatigue notable. Pendant une année entière les vomissements et les crises clitoridiennes furent les seuls symptômes morbides observés. En 1881, apparurent pour la première fois les douleurs fulgurantes. Elles étaient d'abord peu intenses, mais elles augmentèrent bientôt de violence. Elles survenaient capricieusement sur tous les points du corps, sur les membres, sur le tronc, sur la face, sur le cuir chevelu. C'étaient des élancements aigus « rapides comme des étincelles ». Vers la même époque, la malade commença à ressentir une douleur en ceinture persistante et une sensation subjective de froid occupant les deux membres inférieurs. A la fin de 1881, la marche devint hésitante et très peu de temps après, impossible. Depuis cette époque, la malade resta constamment au lit, souffrant cruellement de ses douleurs fulgurantes et de la douleur en ceinture qui étreint fortement l'abdomen.

Etat actuel (sept. 1883) : Ataxie confirmée. La malade ne peut se tenir debout que si on la soutient solidement. Si elle essaye de marcher, elle lance les jambes avec une violence excessive. La force musculaire est bien conservée. Perte des sensations de position des membres inférieurs. Réflexes rotuliens abolis. Pas de troubles trophiques. Les sensations de piquûre et de chatouillement sont perçues tardivement et sans précision. Il n'y a pas d'incoordination motrice des membres supérieurs. La malade

peut boutonner ses effets, tricoter, etc. Elle éprouve cependant depuis quelques mois, des fourmillements dans la main droite. Pas de troubles des organes des sens. La miction est lente, difficile. L'urine s'écoule goutte à goutte ou après de grands efforts. Les douleurs fulgurantes sont très fréquentes. Elles siègent irrégulièrement sur presque tous les points du corps. Il existe une douleur en ceinture au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. La sensation de froid aux 2 membres inférieurs est constante. Pour l'éviter, la malade entoure toujours ses jambes d'une couche épaisse d'ouate. Les crises clitoridiennes sont moins fréquentes qu'en 1881, mais il est rare qu'elles ne se produisent pas une fois par mois, quelques jours avant les règles. Elles ont absolument les mêmes caractères qu'autrefois. La malade éprouve quelquefois des douleurs utérines, semblables, dit-elle, à celles de l'accouchement. L'examen des organes génitaux ne dénote aucune affection grave de ces organes. Le col est volumineux, un peu bossué, sans tumeur. Il n'y a pas de pertes blanches. La menstruation est très régulière. Rien d'anormal à la vulve.

OBSERVATION V. — Ataxie locomotrice confirmée. Crises voluptueuses pendant dix ans, avant l'apparition des douleurs fulgurantes des membres (Pitres, in *Paris Médical*, 1884).

Raf. Honorine, femme de ménage, âgée de 44 ans est entrée dans mon service, à l'Hôpital St-André, en décembre 1883. Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans. Mariée à 17 ans, elle a eu 5 fausses-couches successives dans l'espace de quelques années, puis une grossesse régulière qui s'est terminée par la naissance d'un enfant bien constitué qui vit encore aujourd'hui et qui a toujours joui d'une bonne santé. La malade affirme qu'elle n'a

jamais eu d'accidents vénériens : pas de boutons suspects sur le corps, pas de maux de gorge, pas d'alopecie, etc.

Vers l'âge de 32 ans, elle est devenue sujette à des douleurs de tête vives, lancinantes, siégeant surtout à l'occiput et aux tempes, survenant 3 ou 4 fois par mois et que le médecin qui la soignait alors considéra comme des douleurs névralgiques. A la même époque survinrent les premières crises clitoridiennes. Elles étaient précédées par un battement de cœur violent puis, quelques instants après, les organes génitaux devenaient le siège de sensations voluptueuses tout à fait semblables à celles qu'aurait pu déterminer le coït. La crise se terminait par un abondante sécrétion vulvo-vaginale et l'impression de la volupté était telle que la malade en demeurait comme anéantie pendant quelques minutes. Ces crises voluptueuses se sont reproduites avec les mêmes caractères, environ 4 ou 5 fois par mois pendant une dizaine d'années (de 1871 à 1881). Elles survenaient indifféremment la nuit ou le jour, elles n'étaient provoquées par aucune pensée érotique, souvent elles surprenaient la malade, pendant qu'elle était occupée aux travaux de son ménage ou quand elle était assise. Vers la fin de 1880, les douleurs de tête disparurent, mais six mois après (1881) des douleurs lancinantes, aiguës, brèves, comparables à des coups de canif commencèrent à se produire dans les membres inférieurs. En 1882, la marche devint hésitante, les douleurs à type lancinant devinrent plus vives et gagnèrent les membres inférieurs, une douleur en ceinture s'établit à la base du thorax et la malade fut obligée, après avoir fait inutilement divers traitements, d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, elle présente les signes les plus caractéristiques d'une ataxie locomotrice progressive confirmée. La marche est difficile, les jambes sont lancées brusquement de côté et d'autre, au delà du but à atteindre. La résistance du sol n'est pas perçue.

La sensibilité des membres inférieurs est obtuse, les piqûres sont perçues avec un retard de plusieurs secondes. Les douleurs fulgurantes sont extrêmement vives, elles siègent dans les membres et sur le tronc, et leur apparition est ordinairement précédée de douleurs locales. Réflexes rotuliens abolis des deux côtés. Miction lente. Pas de troubles trophiques, ni troubles de la vue.

Il n'y a plus actuellement de crises clitoridiennes. Ces crises ont cessé de se montrer à peu près à l'époque où les douleurs fulgurantes des membres ont commencé à se produire, c'est-à-dire en 1881.

OBSERVATION VI. — Neuro-myélite chronique syphilitique, ayant débuté par des crises voluptueuses (Service du Professeur Binet. Obs. inédite).

Mme M. Louise, 61 ans, femme de ménage est actuellement au service de gynécologie du professeur Binet, où elle a été adressée par le Professeur Perrin, pour des crises génito-érotiques.

Antécédents héréditaires. Père mort à 82 ans. Mère morte des suites opératoires d'une hernie ombilicale étranglée, à l'âge de 59 ans.

Antécédents collatéraux. 1 sœur opérée d'un cancer du sein, il y a 4 ans, aujourd'hui bien portante. 1 sœur diabétique actuellement en traitement pour un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels. La malade a fait ses premiers pas à l'âge de 2 ans seulement. Elle a été réglée tardivement, à l'âge de 17 ans et très irrégulièrement, ses règles revenant tous les 2 ou 3 mois, Les règles étaient peu abondantes, douloureuses, duraient 3 ou 4 jours.

La malade a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15 ans et les poussées se sont reproduites par intermittence pendant trois ans.

Mme M. s'est mariée une première fois à 22 ans. Après la mort de son mari, elle est restée veuve pendant 8 ans, puis s'est remariée avec un homme qui mourut à 47 ans au cours d'aliénation mentale. La malade est veuve de nouveau depuis 1930. Notons qu'à 23 ans, la femme fait une grossesse terminée par la mort du fœtus in-utéro, suivie d'une rétention pendant 10 jours. Elle n'a jamais eu d'enfants vivants.

Histoire de la maladie. Le début de la maladie coïncide avec la ménopause, à l'âge de 53 ans. A cette date, la malade présente une lésion papulo-érosive de la langue et subit un traitement antisypilitique à l'Hôpital Fournier. Un an après, en 1930, elle est admise à l'Hôpital Central, au service du Professeur Etienne, pour des crachements de sang datant de plusieurs années et qui avaient été attribués à des ruptures de varices œsophagiennes. A cette époque, la malade voit survenir à raison d'une fois par mois, une crise voluptueuse qui la surprend la nuit, sans aucune provocation physique ou psychique. Cette sensation est très fugace, dure à peine quelques secondes et laisse la malade dans un état de lassitude qui persiste quelquefois plusieurs heures après la crise. Ces crises, rares au début, s'espacent de moins en moins et aujourd'hui, elle se renouvellent 3 ou 4 fois par mois. C'est au cours de cette première hospitalisation que la malade a ressenti des fourmillements, de l'engourdissement des membres, de la rachialgie, et une parésie des membres inférieurs qui l'empêche de se mouvoir sans point d'appui. Le diagnostic porté à ce moment est celui de sclérose en plaques.

Cette femme sort de l'hôpital quelque temps après et est réadmise en Juillet 1937, dans le service du Professeur Perrin, après avoir subi dans l'intervalle un traitement antisypilitique à l'Hôpital Fournier. Elle demeure à l'Hôpital Central jusqu'au

15 Octobre 1937, à cette date, elle est envoyée à la clinique de gynécologie avec le diagnostic de tabès.

Voici alors ce que nous constatons.

Etat actuel. L'examen gynécologique ne révèle aucune lésion appréciable des organes génitaux. La malade se plaint simplement de poussées érotiques qui surviennent maintenant 3 ou 4 fois par mois, pendant le sommeil, qui se terminent par un orgasme et qui la laissent dans un état de fatigue prononcée.

L'examen méthodique du système nerveux pratiqué par M. le Docteur Michon révèle les faits suivants. Il y a d'abord une altération de la station debout, la malade ne peut se tenir longtemps dans cette position sans chanceler. La marche est à peu près impossible, et la malade demande pour ses déplacements une assistance. Le signe de Romberg est positif.

En faveur d'une atteinte bilatérale du faisceau pyramidal, nous notons un signe de Babinski des deux côtés. Les réflexes rotuliens, achilléens, médio-plantaires, et contro-latéral des adducteurs sont vifs. Par contre, il n'existe pas de trépidation épileptoïde ni de clonus de la rotule.

L'atteinte bilatérale des fibres longues sensibles se traduit par les signes objectifs suivants; les réflexes cutanés et abdominaux sont abolis ainsi que la sensibilité profonde osseuse aux membres inférieurs. La sensibilité tendineuse est par contre conservée ainsi que le sens des attitudes.

Il n'existe pas, chez cette malade de signe d'Argyll-Robertson non plus que des troubles sphinctériens ou des troubles trophiques.

Différents autres examens ont été pratiqués.

a) Appareil *oculaire*. Strabisme à gauche. Cet œil a une acuité visuelle presque nulle. Pas de troubles récents, sauf un léger nystagmus. Musculature : bons réflexes lumineux. La motilité ne semble pas touchée, mais il est difficile de le dire étant

donné le strabisme concomitant ancien. Fond d'yeux : papille normale, peut être un peu pâle.

b) Appareil *auditif*. Quelques bourdonnements et quelques vertiges. L'acuité auditive est basse.

Examens sérologiques (20 Juillet 1937).

1^{er} Réaction de fixation de l'alexine : négative.

2^e Réaction de floculation.

Micro réaction de Meinicke : positive.

Réaction de présomption de Kahn : positive.

Réaction de Kahn : positive faible.

Examens du liquide céphalo-rachidien. La tension du liquide mesurée avec l'appareil de Claude est de 25 cm. d'eau. Le liquide est limpide et incolore. Le nombre de cellules est de 1,4 au mmc. Albumines totales au litre 0 gr. 53. Globuline traces, Glucose 0 gr. 63 au litre. La réaction de fixation de l'alexine est négative pour la syphilis.

L'étude des temps de réaction chez cette malade donne les résultats suivants :

Tact	{	Excitation main gauche	}	0 s. 191
		Réponse main droite		
	{	Excitation main gauche	}	0 s. 173
		Réponse main gauche		
	{	Excitation main droite	}	0 s. 191
		Réponse main droite		
	{	Excitation main droite	}	0 s. 207
		Réponse main gauche		
	{	Excitation pied droit	}	0 s. 264
		Réponse main droite		

Tact	}	Excitation pied droit	}	0 s. 256
		Réponse main gauche		
	}	Excitation pied gauche	}	0 s. 245
		Réponse main droite		
	}	Excitation pied gauche	}	0 s. 250
		Réponse main gauche		

En résumé, nous considérons que la malade est atteinte d'une neuro-myélite syphilitique, caractérisée par une atteinte nette, mais incomplète des cordons postérieurs, associée à des signes d'irritation pyramidale. Nous pouvons considérer que cette myélite a été arrêtée dans son évolution et déformée par suite du traitement antispécifique intense auquel, pendant des années, cette femme a été soumise. Ce traitement est d'ailleurs continué actuellement au service de gynécologie.

ETUDE CLINIQUE DES CRISES GÉNITO-ÉROTiques AU COURS DES MYÉLITES SYPHILITIQUES ET DU TABÈS

ÉTILOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Nous nous proposons dans ce chapitre d'analyser dans leurs détails les différents symptômes présentés par nos malades, tels qu'ils résultent de nos observations. Nous ferons précéder cette étude de quelques considérations sur l'étiologie de ces troubles.

Nous envisagerons successivement la phase de la myélite à laquelle se manifestent les crises génito-érotiques, puis l'âge des malades. Nous dirons ensuite quelques mots sur les prédispositions dues au terrain, puis nous analyserons les caractères des crises, leur durée, leur fréquence, les complications de ces crises et enfin leur terminaison.

I. DATE D'APPARITION DES CRISES VOLUPTUEUSES.

La syphilis de la moelle peut apparaître dans les premières années de l'infection syphilitique. — 1^{re} et

2^e année (Gilbert et Lion, Fournier, Goldflam) — et même dans les premiers mois qui suivent l'apparition du chancre (Goldflam, Neune).

Inversement, la syphilis médullaire peut apparaître tardivement (24 ans après le chancre), que l'infection syphilitique ait été légère ou maligne.

C'est dire combien il est difficile d'assigner une limite exacte à la date d'apparition des myélites syphilitiques ou du tabès, et partant aux crises génito-érotiques qui en sont un signe précoce. Néanmoins, on sait que la myélite transverse syphilitique s'observe le plus souvent dans les 3 ou 4 premières années de l'infection syphilitique, de même que l'on sait que le tabès débute entre la 6^e et la 20^e année de cette infection.

Ce qui nous a paru intéressant à étudier, c'est la phase de la myélite à laquelle se manifestent les crises génito-érotiques. La particularité qui se dégage de nos observations réside dans le fait que les crises génitales peuvent survenir tout à fait au début de la myélite, à un moment où les signes se réduisent à quelques troubles moteurs, parfois accompagnés de légers troubles subjectifs : sensation de brûlure superficielle, de crampe, de serrement, etc.

Dans les cas de tabès que nous rapportons, ces crises apparaissent également tout à fait au début, avant l'incoordination des mouvements, avant même les douleurs fulgurantes caractéristiques.

Chez la malade de l'Observation III, les crises voluptueuses ont été pendant 4 ans, les seuls symptômes subjectifs de l'affection médullaire. Chez la deuxième (Obs. IV) des crises clitoridiennes bien définies et des crises gas-

triques ont précédé d'une année l'explosion des premières douleurs fulgurantes des membres. Chez la troisième (Obs. V) les seuls symptômes reconnus par la malade pendant dix ans consécutifs, ont été des douleurs céphaliques névralgiformes dont la nature tabétique est douteuse et des crises clitoridiennes. L'observation du service du Professeur Binet, indique l'apparition simultanée du syndrome d'exaltation génitale et des autres troubles nerveux.

II. L'AGE DES MALADES.

C'est une notion maintenant connue que la syphilis peut frapper le système nerveux à tous les stades de son évolution, à la période primaire peut-être, en tout cas en pleine période secondaire, à la période tertiaire et même au cours de manifestations hérédo-syphilitiques.

Les six malades dont nous rapportons les observations sont âgées respectivement de 51, 31, 48, 48, 44 et 61 ans.

Devant ces chiffres, nous nous sommes un instant demandés si la ménopause ne serait pas pour une part, à l'origine des troubles voluptueux, ainsi que cela s'observe lors de la cessation des règles. Nous n'avons pu nous attarder à cette hypothèse pour la raison suivante : les femmes des observations I et VI sont assez éloignées de la ménopause. La femme de l'observation IV a une menstruation très régulière à 48 ans. Celles de l'observation II et V âgées respectivement de 32 et de 44 ans ne sont pas mnopausées. L'observation III due à Pitres ne signale rien du côté génital ou de l'état général pouvant être rattaché à la ménopause.

Il semblerait donc que nous ne soyions pas autorisés à tirer une conclusion précise de l'âge des malades, qui varie dans nos observations, entre 31 et 61 ans.

III. LES PRÉDISPOSITIONS DUES AU TERRAIN.

Les crises génitales survenant au cours des myélites chroniques ou du tabès, apparaissent généralement chez des sujets ayant présenté jusqu'alors une vie génitale normale. Nos observations I et II font état, toutefois, d'une vie aventureuse avec abus sexuels considérables. Dans l'observation I, la femme, à 20 ans, se livre pendant 3 ans, à la prostitution, l'observation II signale l'apparition précoce d'habitudes d'onanisme et un penchant aux plaisirs vénériens.

Voici un tableau dressé d'après nos observations, destiné à mettre en évidence la valeur du terrain. On verra que rien n'autorise à tirer des conclusions spéciales de ces renseignements.

Observ.	Règles	Profession	Antéc. héréd., collatéraux et personnels	Gestations antérieures aux troubles présentés
I	14 ans régulières	Femme de ménage puis cuisinière, 3 ans de prostitution	Affection cardiaque ayant nécessité l'hospitalisation	
II	12 ans	Sans profession, mais à 19 ans quitte ses parents et mène une vie aventureuse avec abus sexuels	Père mort tuberculeux, 2 frères et 3 sœurs meurent tuberculeux	
III		Couturière		2 enfants à terme, bien portants, jamais d'avortement ni de fausse couche
IV	Menstruation très régulière	Cigarière		6 enfants dont 3 morts et 3 bien portants
V		Femme de ménage		5 fausses couches successives, 1 grossesse normale terminée par la naissance d'un enfant
VI	17 ans très irrégulières	Femme de ménage	2 sœurs cancéreuses Rhumatisme à 15 ans	1 grossesse terminée par mort in-utéro du fœtus

IV. CARATÈRE DES CRISES. MODE DE DÉBUT.

La crise voluptueuse survient en général brusquement, sans prodromes. Elle surprend les malades à l'improviste, alors qu'elles sont occupées aux travaux de leur ménage ou qu'elles sont assises. Ces crises apparaissent sans aucune provocation artificielle ou psychique. Signa-
lons, toutefois, que l'observation V nous apprend que la crise s'annonçait par de la tachycardie qui précédait

de près les sensations voluptueuses que la femme comparait à celle qu'aurait pu déterminer le coït.

D'autre part. l'observation III signale le fait que le mouvement des cuisses nécessaire pour actionner la pédale de la machine à coudre provoquait chez la femme des sensations voluptueuses avec spasme érotique et éjaculation. Il faut dire que par la suite, bien que cette femme ne fit plus usage de la machine à coudre, elle éprouvait tous les 8 à 15 jours les mêmes sensations.

La crise. La crise génitale du tabès ou des myélites syphilitiques peut revêtir diverses formes cliniques. Nous distinguerons.

1) des crises érotiques proprement dites avec érection clitoridienne, éjaculation des glandes bulbo-vaginales et orgasme;

2) des crises de constriction douloureuse des muscles vulvo-vaginaux;

3) des crises utérines rappelant les douleurs de l'enfantement.

La crise génito-érotique se caractérise tout d'abord par une sensation de prurit vulvaire ou de constriction vulvo-vaginale; plus souvent, le début, suivant Pitres, se fait par une sorte de chatouillement ou de vibration à l'intérieur du vagin. Partie du vagin ou de la vulve, cette sensation ne tarde pas à gagner le clitoris qui entre en érection; les muscles du périnée, du bassin et de la vulve se contractent rythmiquement jusqu'à ce que survienne un véritable spasme érotique suivi de près par de l'éjaculation. Les glandes de Bartholin dont la sécrétion est accrue laissent échapper une abondante sécrétion vulvo

vaginale. Parfois l'impression de volupté est telle (Obs. V) que la malade en demeure comme anéantie pendant quelques minutes.

Ces crises clitoridiennes paroxystiques peuvent coexister avec des crises vulvo-vaginales avec lesquelles il importe de ne point les confondre et qui ne sont autres que des crises de vaginisme. Elles relèvent des mêmes causes, mais l'auteur Italien Morselli qui les a bien étudiées et décrites les range dans les manifestations des douleurs fulgurantes du tabès. Ces crises vulvo-vaginales tabétiques sont très douloureuses et peuvent ne s'accompagner d'aucune sensation érotique. Elles paraissent dues à un spasme des muscles constricteurs du vagin.

Les malades éprouvent quelquefois des douleurs utérines qu'elles comparent à celles de l'accouchement (Obs. IV). Il y a une douleur en ceinture au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, il est vrai que ces douleurs pourraient être attribuées aussi aux douleurs fulgurantes du tabès.

Durée des crises.

Les crises clitoridiennes ont une durée variant de quelques secondes (Obs. VI) à plusieurs minutes, 15 à 20 minutes (Obs. IV).

Fréquences des crises.

Le nombre des crises est également variable; 3 à 4 fois par jour (Obs. III), 4 ou 5 fois par mois dans l'observation V, la femme de l'Observation IV ne les voit se reproduire que deux fois par mois.

Les complications.

Ces crises sont souvent suivies de troubles viscéraux divers, la femme de l'Observation III éprouvait

après ces crises des douleurs gastriques suffisamment pénibles pour ne s'être pas laissée aller à ces sensations voluptueuses, malgré le plaisir immédiat qu'elles lui causaient. Ces douleurs semblent dans ce cas, avoir préparé le terrain aux véritables crises gastriques tabétiques qui sont survenues quelques années plus tard. Les crises clitoridiennes constituaient alors en quelque sorte le signe avant coureur des crises gastriques très douloureuses dont elles annonçaient presque toujours l'explosion prochaine (Obs. III).

Il semble que les complications doivent être rattachées à la lésion médullaire spécifique, plus qu'à la crise clitoridienne qui n'en est elle-même qu'une manifestation.

Mode de terminaison.

Les crises disparaissent habituellement quand les lésions médullaires sont avancées, faisant place aux diverses manifestations de l'anéantissement génital. Ils disparaissent en somme, quand les divers symptômes de la myélite ou du tabès s'installent (Obs. I, II, V), mais elles peuvent aussi continuer à se manifester absolument avec les mêmes caractères qu'au début de la maladie (Obs. III, IV, VI) pendant toute la durée de la maladie médullaire.

ESSAI D'INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE
DES CRISES GÉNITO-ÉROTIQUES
DANS LES MYÉLITES SYPHILITIKES
ET LE TABÈS

L'étude de l'innervation des organes génitaux de la femme paraît indispensable à qui veut aborder avec fruit l'étude des troubles présentés par la femme dans cette sphère. La plupart des syndromes de la vie génitale de la femme consistent essentiellement, en effet, en des perturbations neuro-vasculaires. Il est donc impossible de comprendre la physiopathologie génitale sans rappeler les particularités les plus importantes du système nerveux de l'appareil génital.

Pour comprendre les relations qui peuvent exister entre les lésions de myélite syphilitique et l'apparition de crises génito-érotiques, il faut se souvenir que l'érection et l'éjaculation sont sous la dépendance de centres médullaires décrits par Budge. Ces centres médullaires exclusivement réflexes, sont d'ailleurs reliés et contrôlés par des centres encéphaliques dont la localisation est encore incertaine.

Nous nous proposons dans la première partie de ce chapitre de traiter brièvement la question de l'innervation de l'appareil génital de la femme, et de dire quelques mots sur les centres qui commandent l'érection et l'éjaculation. Pour mener à bien cette étude, nous ferons de larges emprunts au livre que notre maître, M. le Professeur Binet, a consacré à la Vie sexuelle de la femme.

Eclairés par cet aperçu anatomique, nous réserverons la deuxième partie de ce chapitre à l'étude pathogénique des crises voluptueuses. Nous envisagerons successivement deux hypothèses que nous nous permettons d'émettre, et que nous appuierons par des données cliniques et expérimentales.

Innervation des organes génitaux de la femme

L'innervation des organes génitaux de la femme est assurée par le système nerveux cérébro-spinal qui comporte des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs et par le système végétatif. Les neurones des ganglions latéro-vertébraux lombaires et sacrés contribuent à innerver les organes génitaux en envoyant des filets moteurs et vaso-moteurs, qui, pour la plupart, traversent le plexus de Lee-Frankenhauser sans s'y arrêter, et gagnent de là leur territoire de distribution.

Les neurones des ganglions pré-vertébraux lombaires contribuent à innerver les organes génitaux en envoyant des filets moteurs et vaso-moteurs, dont les uns cheminent avec l'artère ovarienne jusqu'à leur territoire de distribution et les autres cheminent dans la zone des artères hypogastriques et utérines jusqu'au plexus de Lee-Frankenhauser, puis traversant ce plexus sans s'y interrompre, gagnent de là leur territoire de distribution.

Les ganglions viscéraux sont représentés par des cellules ganglionnaires contenues dans le plexus de Lee-Frankenhauser et peut être dans les viscères mêmes. Ces ganglions viscéraux sont commandés par des filets émanés des 2°, 3° et 4° nerfs sacrés, dont l'ensemble forme le nerf pelvien ou nerf érecteur.

LA MOELLE LOMBO-SACRÉE. LES CENTRES MÉDULLAIRES ET ENCÉPHALIQUES.

On sait que le cône terminal par lequel se termine la moelle siège au niveau de la première vertèbre lombaire et se termine à la partie supérieure de la deuxième vertèbre lombaire. L'épicône, qui le surmonte, correspond au cinquième segment lombaire et au premier segment sacré; les racines qui en partent sortent par les trous de conjugaison correspondants.

Le cône terminal proprement dit, correspond aux troisième, quatrième et cinquième segment sacrés ainsi que le prouvent les racines qui en partent (S_3 , S_4 , S_5) faciles à topographier par leur sortie aux trous sacrés correspondants. Ces diverses racines se superposent dans la queue de cheval qui est constituée par un chevelu s'étendant des segments médullaires correspondants aux trous de conjugaison.

Les centres médullaires de l'érection et de l'éjaculation sont situés au-dessus des centres des sphincters vésical et anal. Il existe, en effet, des observations cliniques dans lesquelles, malgré l'existence d'une incontinence d'urines et des matières fécales, les fonctions génitales étaient conservées. Les deux espèces de nerfs qui innervent l'appareil génital, à savoir les nerfs vaso-moteurs ou

érecteurs et les nerfs musculaires, tirent leur origine des 3^e et 4^e racines sacrées; quelques autopsies ayant trait à des lésions très limitées de la moelle ont permis de localiser le centre de l'éjaculation à la 1^{re} et 2^e vertèbre lombaire. Certains auteurs ont même admis deux centres distincts, l'un pour l'érection, l'autre pour l'éjaculation. Dans quelques observations cliniques, on a, en effet, constaté une dissociation de ces deux phénomènes, en particulier l'existence d'une éjaculation défectueuse avec une érection normale.

Les *centres encéphaliques*. La plupart des auteurs pensent qu'il y a un centre génital cérébral, mais la localisation de ce centre varie avec chacun d'eux. Gall le plaçait dans le cervelet; Goltz, Maebius, V. Kraft Ebing, Bechterew, dans l'écorce; ce dernier auteur situait même un centre pour l'érection, un autre pour les sécrétions prostatiques.

Notons que les auteurs qui pensent que l'érection est avant tout un réflexe essentiellement médullaire, admettent cependant dans cet acte, l'influence cérébrale possible, excitatrice ou inhibitrice.

PATHOGÉNIE DES CRISES GÉNITO-ÉROTiques.

Pour expliquer le mécanisme des crises génito érotiques observées dans les myélites syphilitiques et au cours du tabès, nous proposons les deux hypothèses suivantes :

Première hypothèse : La crise voluptueuse résulterait d'une irritation mécanique de la moelle lombaire.

Cette condition nous paraît réalisée dans le début des myélites chroniques syphilitiques et dans le tabès,

à un moment de la maladie où l'absence de la plupart des signes propres à ces affections permettent d'affirmer que la sclérose n'est pas encore installée. Voyons ce qui se passe, par exemple, dans le tabès au début. Cette affection est due à une myélite scléreuse des cordons postérieurs, assez étendue, mais peu avancée dans son développement. L'altération de la moelle ne consiste dans la phase pré-ataxique qu'en une prolifération du tissu conjonctif entre les fibres nerveuses; ces fibres sont encore à peu près intactes, il n'y a pas de solution de continuité entre la moelle lombo-sacrée et les centres encéphaliques. A cette période de la sclérose spinale postérieure, on comprend qu'il n'y ait pas encore de paralysie des différents modes d'activité dévolus aux cordons postérieurs, partant pas de désordre dans les mouvements (Obs. I, II, III, IV, V). L'état phlegmasique du tissu de nouvelle formation qui entoure les fibres nerveuses conductrices les irrite, et cette irritation se traduit par des élancements douloureux.

Ce mécanisme a déjà été invoqué pour expliquer les phénomènes d'exaltation que présentent si fréquemment les ataxiques. L'incoordination des mouvements aurait une cause toute différente; elle résulterait de la destruction des fibres nerveuses. Cette hypothèse se trouve confirmée par des données cliniques et expérimentales.

Preuves cliniques.

Une autopsie pratiquée chez la femme de l'Obs. I, permet de voir une néoplasie des cordons postérieurs avec intégrité relative des cylindraxes, et qui, ainsi que nous l'avons vu, s'était traduite cliniquement par des symptô-

mes d'exaltation de la sensibilité, des sensations voluptueuses, sans qu'on ait eu à enregistrer aucune incoordination des mouvements.

En clinique humaine, on sait que l'irritation du cône ou des racines sacrées entraîne des troubles de l'érection et de l'éjaculation. Déjerine indique au niveau de la partie antérieure de la corne antérieure, depuis l'extrémité supérieure du 2^e segment sacré jusqu'à l'extrémité supérieure du 3^e, au-dessus des centres sphinctériens de la vessie et de l'anús, un groupe de petites cellules tassées qu'il considère comme pouvant exercer, par leur irritation, une action sur les muscles striés de l'érection et de l'éjaculation chez l'homme, de l'érection clitoridienne et du sphincter génital chez la femme.

Preuves expérimentales.

Dès 1824, Ségalas fit des expériences qui établirent l'influence de la moelle sur l'érection. Il expérimenta sur les cobayes. Il introduit un stylet dans le canal vertébral, excite la moelle et provoque l'érection et l'éjaculation. On savait bien, depuis longtemps que l'irritation du bulbe amenait l'érection chez les pendus, mais les expériences de Ségalas prouvèrent nettement que l'excitation mécanique de la moelle donne des résultats identiques.

Budge parvint à circonscrire dans des limites mieux définies, la région médullaire qui actionne les organes génitaux. En excitant sur le lapin, un point de la moelle situé au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, il vit se produire des mouvements dans la partie terminale du rectum, dans la vessie et les canaux déférents. Il situa donc à cet étage de la moelle, le centre génito-spinal.

Deuxième hypothèse : La crise voluptueuse résulterait d'une section physiologique de la moelle créant une solution de continuité avec les centres encéphaliques supérieurs.

Il semble que nous soyons fondés à considérer comme tels les cas de crises voluptueuses ayant persisté après l'établissement des signes cliniques révélateurs de la myélite chronique syphilitique ou du tabès constitués (Obs. III, IV, VI). On ne saurait, en fait, expliquer les signes d'atteinte bilatérale du faisceau pyramidal ou des fibres longues sensibles, sans admettre l'existence de lésions anatomiques, dégénératives ou sclérosantes.

Preuves expérimentales.

Des expériences dues à Spina indiquent que la section de la moelle au niveau du centre génito-spinal entraîne toujours l'érection et l'éjaculation.

Comment expliquer le mécanisme de l'érection et de l'éjaculation, après la section de la moelle? Serait-ce une irritation mécanique du centre ou des voies conductrices de l'érection? L'expérience de Spina semble peu favorable à cette hypothèse. Si l'on chloroformise un cobaye et qu'on fasse la section de la moelle, il ne survient rien pendant la durée de la narcose; mais après plusieurs minutes, dès le réveil de l'animal, l'érection et l'éjaculation se produisent. La section de la moelle ne peut donc être considérée comme une irritation mécanique.

Spina interprète ce fait en disant que la section supprime des fibres d'arrêt empêchant sur l'animal normal, les manifestations des phénomènes d'érection et d'éjaculation. En effet, les expériences de ce physiologiste

démontrent non seulement l'existence d'un centre génital dans la moelle lombaire, mais encore la mise en activité de la moelle dès qu'on la sépare de la moelle thoracique.

DIAGNOSTIC DES CRISES GÉNITALES DES MYÉLITES SYPHILITIQUES ET DU TABÈS

Il est souvent assez difficile de rapporter les crises génitales accusées par la femme à leur cause réelle, c'est-à-dire à la myélite syphilitique qui les engendre.

En effet, ces crises surviennent le plus souvent au début de l'évolution des myélites ou à la période pré-axatique du tabès et à cette période les signes habituels des myélites sont seulement ébauchés.

Pour porter un diagnostic étiologique un peu précis, il est donc nécessaire, à notre avis :

1° d'éliminer toutes les autres affections pouvant donner lieu à des crises génito-érotiques.

2° De rechercher attentivement les symptômes et surtout les signes de début des myélites syphilitiques et ceci, à la fois par l'examen clinique des malades et par les recherches de laboratoire.

Nous allons donc passer rapidement en revue les diverses causes tant locales que générales des crises génito-érotiques. Puis, dans un second paragraphe, nous envisagerons les signes positifs des myélites syphilitiques et du tabès incipiens.

A. CAUSES LOCALES DES CRISES GÉNITO-ÉROTIQUES.

Elles sont nombreuses et nous devrions pour être complets, faire une revue générale de toutes les affections des organes génitaux externes de la femme.

On sait que les réflexes génitaux chez la femme partent le plus souvent de l'excitation de la région vulvaire et que le maximum en est au clitoris. Le méat de l'urèthre est également très sensible chez certaines femmes. Il est probable, enfin, qu'il faut admettre l'existence d'un foyer utérin.

Mais la faculté de percevoir la volupté n'est pas limitée aux organes génitaux. Elle peut être très diffuse; c'est ainsi que peuvent se constituer des zones érogènes, soit dans les régions voisines à innervation connectée, tel l'anوس, soit au niveau du mamelon, organe lié fonctionnellement aux organes génitaux.

On comprend alors que l'irritation de ces territoires réalisée par des maladies de la muqueuse vulvaire comme l'eczéma puisse être à l'origine des troubles voluptueux que nous étudions.

B. CAUSES GÉNÉRALES DES CRISES GÉNITO-ÉROTIQUES.

Abstraction faite des causes locales, d'ailleurs rares, de l'érotomanie, celle-ci résulte d'un certain nombre de facteurs.

I. LES DISFONCTIONNEMENTS OVARIENS. Nous envisagerons successivement l'éréthisme génital dans les kystes folliculaires de l'ovaire, dans l'hyperfonctionnement ovarien et dans la ménopause.

1. *Les kystes folliculaires de l'ovaire.* Les éleveurs et les vétérinaires ont depuis longtemps remarqué que certaines femelles présentent un rut permanent : les ovaires de ces femelles nymphomanes sont kystiques. Il semble démontré que la nymphomanie résulte d'une phase folliculaire anormalement prolongée. Des recherches poursuivies par Allen ont montré qu'il existe dans le liquor folliculi une hormone active qui déclenche le rut quand on l'injecte à des castrats. Cette folliculine a été observée dans des kystes ovariens de la truie, on peut donc supposer que l'hormone folliculaire est excrétée lentement par les ovaires kystiques et entretient ainsi une phase folliculaire continue.

Nous avons tenu à signaler ces travaux parce qu'ils nous paraissent illustrer ces observations de clinique humaine dans lesquelles la disparition de l'éréthisme génital pathologique avec perversions morales a pu être obtenue après ablation de kystes ovariens.

On recherchera par conséquent l'existence des kystes chez les femmes présentant des crises érotiques, en l'absence de tout autre signe révélateur d'une maladie pouvant les expliquer chez elles.

2. *L'hyperfonctionnement de l'ovaire.* Le renforcement périodique de la sexualité en rapport avec les dates du mois menstruel montre bien la part de l'hormone sexuelle dans l'impulsion sexuelle. A titre d'anomalie, on conçoit qu'un excès de fonctionnement ovarien détermine la nymphomanie.

Peugniez rapporte une curieuse observation d'une femme de 34 ans, qui après un passé sans le moindre incident voit survenir une série d'accès de nymphomanie

qui obligent son mari à la faire interner dans une maison de santé. Il s'agissait d'un fonctionnement exagéré de l'ovaire, une hystérectomie vaginale avec annexectomie, permit d'obtenir la guérison de la nymphomanie, guérison qui ne s'est pas démentie pendant plusieurs années.

3. *La ménopause.* L'éréthisme sexuel de la ménopause a été signalé. En vérité, la ménopause a relativement peu d'influence sur l'instinct sexuel. Cependant, il se produit, parfois, à cette époque, une exaspération momentanée de la sexualité, une véritable boulimie sexuelle, a pu dire le professeur Rouvier, et cela explique certaines unions grotesques ou de singuliers écarts de conduite chez des femmes qui paraissaient jusque là pondérées.

Ces excitations anormales peuvent avoir leur origine, suivant J. L. Faure et Siredey dans une irritation des organes génitaux externes : eczéma, prurit; mais elles surviennent aussi spontanément, par poussées soudaines, comparables aux bouffées de chaleur si communes à cet âge.

II. LES MALADIES PAR ALTÉRATION DU SYSTÈME NERVEUX. Nous étudierons d'abord les maladies du système nerveux central, puis du sympathique. Nous terminerons par quelques considérations sur l'éréthisme sexuel observé dans les psychoses et les névroses.

1. *L'éréthisme génital dans les maladies du système nerveux.* Dans les maladies de l'écorce et chez les blessés de l'encéphale, il n'est pas rare d'observer des troubles vésicaux alliés fréquemment à des troubles sexuels, mais de l'avis de Dennig, il faudra encore beau-

coup de recherches pour préciser la situation exacte des centres corticaux sexuels.

En ce qui concerne les centres médullaires, nous avons montré le long de ce travail que leur irritation ou leur libération des centres inhibiteurs supérieurs, réalisées dans les myélites syphilitiques chroniques et dans le tabès, peut provoquer des crises génito-érotiques.

Dans le même ordre d'idées, on sait que ces centres peuvent être touchés lors de l'imprégnation toxique de l'organisme. Des expériences nombreuses prouvent que l'opium réveille l'activité des organes génitaux en excitant la moelle lombaire. C'est ainsi que l'opium agit comme aphrodisiaque et qu'en Orient ce corps est employé à cet effet. On a pu signaler des cas d'impulsion érotiques chez les saturnins, dans l'intoxication par la strychnine, etc...

2. *L'éréthisme sexuel et les troubles du sympathique pelvien.* Les crises voluptueuses peuvent dépendre dans certains cas, de l'excitation du système vagal, dont l'érecteur sacré n'est qu'un segment.

Par l'homologie réactionnelle du pneumogastrique et de l'érecteur sacré, démontrée par Langley, Courtade et Jean-Félix Guyon, on comprend que l'excitation du pneumogastrique réalisée par exemple dans certains cas d'anxiété provoqués par la crainte, entraîne souvent une sensation voluptueuse selon la loi de la diffusion des réflexes, qui s'étend d'abord aux réflexes d'un même système.

La légitimité de cette explication découle de certaines observations telle que celle que rapporte Laignel-Lavastine dans Paris-Médical du 18 oct. 1924. Cet auteur

voit une dame, adressée par un de ses collègues, qui se plaignait de crises voluptueuses survenant presque toutes les nuits, sans aucune recherche de sa part, et sans aucun signe physique d'une affection organique locale ou nerveuse quelconque. L'examen permit de constater un état vagotonique secondaire à une insuffisance ovarienne relative. Il a suffi de mettre la malade à l'opothérapie ovarienne et au gardénal, pour voir ces troubles disparaître.

3. *L'éréthisme dans les altérations psychiques.* Il y a lieu de l'étudier dans les psychoses et dans les névroses.

a) *Les psychoses.* L'association de l'excitation génésique à un grand nombre de maladies mentales dont elle figure parfois comme le syndrome initiateur, corrobore la part qu'ont les phénomènes psychiques dans la pathogénie de ce trouble. En pathologie mentale, l'instinct sexuelle est fréquemment troublé et ces perturbations se produisent surtout sur le terrain de la dégénérescence mentale et dans le domaine des états névro-psychopathiques constitutionnels; accessoirement à titre épisodique, au cours de certaines affections mentales.

On observe une exaltation des tendances sexuelles dans divers états d'excitation psychique, tel que l'agitation maniaque au catatonique, ou encore au début de diverses affections du cerveau (paralysie générale, artério-sclérose cérébrale, etc...) qui, avant de conduire à la démence, exaltent la vie psychique, lui imprimant comme une dernière apparence de vigueur.

b) *Les névroses.* Il est actuellement possible de décrire comme syndromes névrosiques : l'hystérie, l'anxiété, la psychasténie, les obsessions, les cœnestopathies non

délirantes, diverses formes d'hyperémotivité, un certain nombre de cas, mal définissables, de malaise psychique (inadaptation sociale, conflit familiaux, hostilité conjugale). Le retentissement de l'état névrosique dans le domaine sexuel et génital peut provoquer chez la femme au milieu de diverses manifestations névropathiques un débordement de l'appétit sexuel et cette anomalie de l'instinct génital est frappante chez certains dégénérés et se révèle souvent de façon précoce.

Les maladies mentales (psychoses et névroses) seront reconnues à leurs signes respectifs et on leur rattachera les signes d'exaltation génitale ou les crises clitoridiennes qui les accompagnent.

DIAGNOSTIC POSITIF DES MYÉLITES CHRONIQUES SYPHILITIQUES ET DU TABÈS EN PARTICULIER A LEUR PHASE INITIALE

Nous allons dans ce chapitre retracer rapidement l'évolution symptomatique qu'affecte chacune des formes de myélite chronique. Ces grands traits qui résument l'histoire des diverses myélites chroniques syphilitiques serviront de jalons au diagnostic.

1° *La paraplégie à début brusque, à forme de myélite transverse*, se caractérise, dans la plupart des cas, par une évolution progressive rapide. Le malade sent ses jambes s'alourdir rapidement et l'impotence devient totale. Les troubles sensitifs donnent lieu à des sensations de brûlure, de crampes, d'écrasement. Presque simultanément, dès les premières heures, surviennent des troubles sphinctériens, rétention d'urine et érections.

Les premiers jours de la maladie, il y a une paraplégie flasque avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, le signe de Babinski est positif, le réflexe crémasterien aboli. Les sensibilités superficielles et profon-

des sont troublés, il y a hypoesthésie avec parfois de la dissociation du type syringomyélique.

Après quelques jours, on voit réapparaître quelques mouvements volontaires : ébauche de flexion et d'extension des orteils, ébauche de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, et on peut provoquer le clonus du pied.

Les troubles sphinctériens s'amendent à leur tour, cependant que les phénomènes de contracture passent au premier plan, contracture qui s'associe aux phénomènes paralytiques sur des groupes musculaires opposés : la paralysie prédominant sur les raccourcisseurs, tandis que la contracture frappe les muscles extenseurs.

L'affection évolue comme une paralysie spasmodique et peut s'améliorer jusqu'à permettre une marche plus ou moins difficile.

2° *La paraplégie d'emblée spasmodique progressive. Paralysie spinale syphilitique d'Erb.* Erb la caractérisait de la façon suivante « Développement lent et insensible, plusieurs années après l'infection syphilitique, d'une parésie spasmodique des extrémités inférieures, démarche spasmodique, paralysie motrice, proprement dite, minime, contractures musculaires minimales, exaltation des réflexes tendineux, troubles de la sensibilité, minimales ou nuls, faiblesse vésicale ».

L'empêchement à la marche réside, bien plus que la spasmodicité dans la paralysie des fléchisseurs des membres inférieurs, des raccourcisseurs.

Les troubles sphinctériens sont caractérisés par l'« envie impérieuse ». Le malade sent le besoin d'uriner, mais il ne peut se retenir.

L'émotivité est exagérée, il y a une tendance au rire et au pleurer spasmodique. Le signe de Babinski est positif, dès le début de cette affection, il y a ébauche du signe des raccourcisseurs et abolition presque constante du réflexe crémastérien.

L'évolution de la paralysie d'Erb est très lente et la symptomatologie ne se modifie guère.

L'étude du liquide céphalo-rachidien montre au début une hyper-albuminose modérée, une lymphocytose appréciable, une séroréaction du liquide positive.

3° *La méningomyélite syphilitique diffuse.* La syphilis lèse ici la moelle d'une façon plus diffuse : substance blanche, grise, racine, enveloppe réalisant un syndrome clinique complexe.

Les variétés du tableau clinique dépendent de la localisation exclusive ou de la prédominance notable des lésions au niveau des divers segments médullaires.

Paraplégie lente et progressive, réflexes tendineux exaltés, inégaux. Parfois un des achilléens est aboli, il y a clonus du pied et de la rotule. Le réflexe de Babinski se fait en éventail et extension. Les réflexes crémastériens sont abolis de même que les réflexes cutanés abdominaux.

Les troubles de la sensibilité existent, mais sont toujours incomplets : paresthésies d'étendue variable, parfois hypoesthésie et anesthésie. D'autres fois, les troubles subjectifs prennent la forme de douleurs fugurantes témoignant de l'atteinte de plusieurs racines.

Les troubles sphinctériens sont variés, retard de la miction ou incontinence (vraie ou par rengorgement).

On note aussi parfois des troubles d'incoordination, de l'hypermétrie aux membres inférieurs (épreuve du talon sur le genou).

La marche est paréto-spasmodique et parfois cérébello-spasmodique.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien révèle la triade : hyperalbuminose, lymphocytose, séroréaction spécifique positive.

4° *Méningomyélite amyotrophique pseudo-syringomyélique*. Cette forme est caractérisée par l'existence d'une paraplégie spasmodique avec impotence presque totale. L'amyotrophie ne frappe que les membres supérieurs, affectant au début l'aspect d'une paralysie radiale dissociée, l'extension de l'index et du petit doigt est possible alors que le long supinateur est paralysé. On note aussi une paralysie de quelques muscles du territoire cubital. La paralysie radiale est systématique.

Les réflexes, aux membres inférieurs sont vifs, il y a clonus du pied et signe de Babinsky.

Les troubles sensitifs existent, mais sont discrets : paresthésies aux membres inférieurs, hyposthésie aux membres supérieurs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle presque toujours l'hyperalbuminose, la lymphocytose et une séroréaction spécifique positive.

5° *Amyotrophies syphilitiques localisées d'origine médullaire*. Le caractère de l'amyotrophie est ici sa localisation aux petits muscles de la main, ceux de l'éminence hypothénar ou les interosseux. Ces amyotrophies évoluent pendant des années et ne présentent pas de caractère extensif. En dehors de cette amyotrophie très localisée, l'examen ne révèle ni troubles de la réflexivité, ni troubles de la sensibilité.

6° *La sclérose en plaques syphilitique*. Cette forme se distingue de la sclérose en plaque non syphilitique par

la date de son apparition, toujours plus tardif, après la trentaine.

Le tableau clinique est pareil à celui de la sclérose en plaques avec cette particularité que l'évolution est ici plus progressive, sans poussées brusques, ni ces rétrocessions inattendues qui se voient si souvent dans la sclérose en plaques.

La fixité des symptômes fait souvent penser à une lésion en foyer ou à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

Cette forme de syphilis est rare.

7° *Le tabès*. Le diagnostic du tabès confirmé, avec ataxie, ne présente aucune difficulté; le trouble fondamental, l'ataxie, ne permet guère l'erreur. La marche est talonnante, la station debout prolongée est impossible. On trouve le signe de Romberg et de l'hypotonie musculaire.

L'abolition des réflexes tendineux constitue un signe capital des troubles de la sensibilité subjective, des douleurs fulgurantes, des crises viscéralgiques, des troubles de la sensibilité objective (sensibilité profonde et superficielle), apparaissent assez précocement.

Il y a des troubles des organes des sens (Argyll Robertson) des troubles trophiques (cutanés, musculaires, ostéo-articulaires, etc...).

Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques subit des modifications essentielles, Nous retrouvons la triade : lymphocytose, hyperalbuminose, positivité des réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal.

On recherchera donc avec soin les signes précoces qui sont représentés par des troubles sensitifs, des four-

millements, de l'engourdissement, de la faiblesse du membre, de la rachialgie, du lumbago, puis des troubles moteurs sous forme de claudication intermittente et une paralysie progressive et aussi des troubles sphinctériens qui accompagnent les troubles génitaux.

On fera le diagnostic de syphilis médullaire sur ces signes, sur l'anamnèse, sur l'association des signes de syphilis parenchymateuse, telle que l'aortite, une gomme etc...

Une importance particulière sera réservée à l'existence du syndrome humoral de la syphilis nerveuse. On demandera au laboratoire les examens humoraux suivants :

- a) la réaction de B. W. dans le sang.
 - b) l'examen du liquide céphalo-rachidien qui révélera la présence d'une hyperalbuminose variant entre 0 gr. 30 et 1 gr. et une hypercytose.
 - c) la réaction de B. W. dans le liquide céphalo-rachidien, qui positive a une valeur absolue, en dehors de certains cas de compression crânienne ou rachidienne.
 - b) la réaction du benjoin colloïdal.
-

TRAITEMENT

Un traitement raisonné des crises voluptueuses de la neuro-syphilis médullaire doit poursuivre deux buts, le premier, étiologique; il faut enrayeur la marche de la myélite spécifique. La seconde indication du traitement est symptomatique. on doit soulager et apaiser les crises qui peuvent devenir intolérables.

A. TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE. Le traitement étiologique comporte essentiellement deux thérapeutiques. 1° le traitement antisyphilitique. 2° le traitement pyrétothérapique. Il semble, en effet, que la première méthode ne suffit pas à elle seule à faire régresser les lésions, mais seulement à arrêter leur évolution. Aussi lui a-t-on adjoint la pyrétothérapie, méthode très récente dont nous dirons quelques mots .

a) *Traitement spécifique de la neuro-syphilis médullaire.* La méthode classique consistera à injecter le mercure et l'arsenic dans les veines, le bismuth dans le muscle et le sulfarsénol sous la peau; l'introduction des médicaments par la vois rachidienne vantée par Mari-

nesco, Sicard, Marchand, etc..., comme devant augmenter l'activité de la médication en portant le produit thérapeutique au contact même des centres nerveux, n'est pas entrée dans la pratique courante.

Lorsque la myélite est en voie d'évolution, il importe d'arrêter sa marche, de la fixer. On recourra, par exemple, à la technique suivante : deux séries mixtes arséno-bismuthiques et deux séries simples, l'une de bismuth, l'autre de calomel la première année; une série mixte arséno-bismuthique et deux séries de quinze injections de bismuth, la seconde année; trois séries simples de bismuth ou de mercure, les troisième et quatrième années. Savy, de Lyon, estime qu'il est indiqué de commencer le traitement par quelques injections intraveineuses d'un centigramme de cyanure de mercure trois fois par semaine.

Quand la myélite ou le tabès paraissent fixés, on songera aux réveils toujours possibles, et on prescrira un traitement spécifique discret, soit à l'aide de quelques injections de bismuth, soit par l'administration de suppositoires ou de potions à base d'arsenic ou de mercure.

b) *Traitement pyrétotherapique de la syphilis médullaire.* S'inspirant des résultats obtenus dans la paralysie générale par l'application des méthodes pyrétotherapiques, des essais du même genre ont été tentés dans les myélites et le tabès, on s'est adressé particulièrement à la malariathérapie et aux ondes courtes.

La malariathérapie paraît avoir donné des améliorations dans certains cas de douleurs fulgurantes, de crises gastriques ou de vertiges, ainsi qu'en témoigne le rapport de Roger au Congrès de Québec 1934; par contre,

les réactions humorales et l'ataxie demeurent rebelles à cette méthode.

Les ondes courtes sont particulièrement indiquées dans les myélites au début, les résultats s'il faut croire les statistiques américaines, sont très bons. Il faut atteindre des températures élevées (40°) et faire des séances très espacées (4 à 10 jours).

B. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. Il a pour but d'amener une sédation de l'excitation génitale exaltée et comprendra des moyens physiothérapiques, médicamenteux et chirurgicaux.

a) *Traitement physiothérapique.* Il comporte l'emploi judicieux des agents physiques suivants :

1. *Hydrothérapie.* Elle consiste en des bains de siège froids ou de préférence tempérés ($32-37^{\circ}$). Les bains de siège tempérés pris dans l'intervalle des règles et répétés trois fois par semaine sont éminemment sédatifs. On aura recours à des immersions courtes, 25 à 30 minutes en moyenne. Si l'excitabilité du système nerveux est plus prononcée, si par exemple, en plus des sensations voluptueuses, il y a de l'insomnie, on pourra prolonger le temps des applications, le portant à 45 min. ou une heure, par exemple.

2. *Climatothérapie.* Le séjour dans un climat favorable de ces femmes peut amener une sédation des troubles présentés. Ces femmes sont justiciables de climats calmants. Les plaines et les coteaux, le voisinage des lacs, les forêts, exercent une action apaisante qui est souvent très salubre. Comme le dit Charles Richet fils « la campagne ordinaire est tout à fait à recommander. Elle n'est

pas à la mode, parce que les distractions y sont rares ». Il faut noter, toutefois, que certaines malades se trouvent mal d'un calme prolongé, la méthode s'avérant trop sédative, relativement à leur potentiel vital déficitaire.

3. *Crénothérapie*. C'est le traitement par les eaux naturelles chaudes ou froides. Or, on sait que les eaux radio-actives ont une action sédative marquée. Cette sédation porte sur le sympathique plutôt que sur le vague, et il résulte un apaisement des phénomènes douloureux de la sphère génitale féminine. Il existe, en France, plusieurs sources radio-actives faiblement minéralisées et, en général, hyperthermales, telles sont Evaux, Plombières, Santenay, Nérès, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnoles-de-l'Orne, etc... Les femmes nerveuses et excitables se trouvent bien des villes comme Luxeuil, Plombières, Ussat, Nérès, dont les eaux sont sulfatées calciques, chaudes et qui possèdent une action sédative remarquable. On s'inspirera pour le choix d'une station sur la syphilis de ces malades, et on les enverra dans des stations en quelque sorte polyvalentes comme la Malou.

Les eaux sulfureuses sont considérées comme un adjuvant précieux du traitement mercuriel. Les cures sulfureuses dans la syphilis sont utiles et s'imposent toutes les fois que l'on se trouve en présence de sujets intolérants vis-à-vis du mercure et chaque fois que chez des sujets normaux, la rapidité de reproduction ou la gravité des accidents nécessitent un traitement intensif.

Les stations qui se sont plus particulièrement spécialisées pour le traitement de la syphilis sont Luchon, Ax, Cauterets, Challes, Aix-la-Chapelle, Schinznach, Acqui, Santa Agueda, Carratraca, Calbas de Cuntis.

b) *Traitement médicamenteux.* Il ne manque pas de remèdes contre l'hyperexcitabilité génésique et les anciens pharmacopées attribuaient des propriétés anaphrodisiaques à maintes substances. Il faut savoir que les médicaments de cette nomenclature qui méritent d'être retenus sont employés pour des états foncièrement différents et que chacun a ses indications particulières. D'une façon générale tous les calmants, tous les sédatifs, les médicaments qui dépriment la réactivité nerveuse peuvent éventuellement rendre des services, tels le bromure de potassium, qui diminue l'excitabilité de la moelle, de l'écorce cérébrale et du sympathique ou le houblon (lupulin) qui est à la fois narcotique et inhibiteur du sympathique. Certains petits remèdes peuvent se montrer utiles comme les chatons de saule ou le nénufar que les anciens employaient et qui paraissent avoir donné des résultats favorables à Leclerc.

c) *Traitement par les injections d'alcool.* Les injections d'alcool ont été préconisées contre les douleurs pelviennes dès 1925, par Reding. Aussi, cette méthode ouvre peut-être l'espoir de pouvoir calmer les douleurs sans mettre en œuvre l'appareil d'une intervention chirurgicale et nous pensons qu'elle devra être tentée dans les crises génito-érotiques douloureuses avant tout essai de résection du plexus hypogastrique supérieur.

La technique de ces injections a subi des modifications. Reding, en 1925, proposait l'infiltration transsacrée des racines sacrées; par chacun des 2°, 3° 4° trous sacrés, il poussait 5 à 10 cc. d'alcool absolu.

Aujourd'hui les injections sous-arachnoïdiennes, suggérées par Dagliotti en 1930, sont d'une portée plus grande, et paraissent amener la suppression totale des

douleurs dans 85 % des cas. La méthode est digne d'être essayée.

d) *Traitement chirurgical.* L'expérimentation physiologique a montré que la section du nerf présacré a produit des effets analgésiques incontestables sur le système nerveux végétatif des organes génitaux féminins. Les succès cliniques dus à cette intervention dans des cas d'hyperexcitation génitale permettent de préconiser cette méthode opératoire dans les cas rebelles et intolérables. On peut supposer, comme le fait Cotte, qu'en réséquant le nerf présacré, on supprime « la voie réflexe par laquelle passent les impressions à point de départ plus ou moins éloigné, dont les effets se traduisent par ces flux congestifs douloureux en même temps qu'on insensibilise les territoires auxquels se rendent ces filets nerveux ».

L'amélioration, voire la suppression des troubles résulterait de l'interruption d'un arc réflexe.

Technique opératoire. Le nerf présacré est un tronc nerveux, formé par de nombreuses branches venues du sympathique prévertébral, il est situé en avant de la veine iliaque primitive gauche dans la bifurcation de l'aorte abdominale, puis devant la 5^e lombaire et le promontoire où il est visible sous le péritoine à droite des vaisseaux mésentériques inférieurs, donc à droite de la racine primitive du méso-sigmoïde.

La section de ce nerf, à l'inverse de celle des nerfs érecteurs sacrés, ne s'accompagne pas de troubles des réservoirs et a donné des résultats satisfaisants aux auteurs qui la décrivent.

Découverte du promontoire. Suivant sa situation haute ou basse, elle sera faite par laparotomie médiane ou par une incision de Pfannenstiel.

Découverte du nerf. Il importe d'examiner avec soin la région du promontoire entre les branches de division de l'aorte. Sur la ligne médiane, le nerf apparaît comme un cordon blanc reposant en arrière sur la veine iliaque primitive puis sur l'os. On doit inciser délicatement deux centimètres du nerf. S'il est difficile à trouver, Cotte et Dechaume conseillent de rechercher d'abord les vaisseaux mésentériques inférieurs dans la racine du méso-sigmoïde, puis le nerf qui chemine à leur droite. On referme le péritoine et la paroi.

Suites opératoires. Il n'y a habituellement pas d'incidents, sauf quelquefois de la pollakiurie au début ou une rétention passagère de 48 heures. Les règles ont souvent apparu de nouveau dans les jours qui ont suivi l'intervention.

CONCLUSIONS

Les observations que nous avons rapportées en tête de ce travail comportent un enseignement pratique d'une certaine importance :

1° Elles montrent que les myélites syphilitiques et le tabès, surtout à leur période initiale, peuvent se compliquer de crises génitales.

2° Ces crises génitales affectent, suivant les cas, la forme de crises érotiques, de vaginisme plus ou moins douloureux, ou de crises utérines.

3° Ces observations conduisent à attribuer aux crises vulvo-vaginales ou même utérines une valeur séméiologique équivalente à celle des autres symptômes propres à la myélite chronique syphilitique ou au tabès.

Nous formulerons, d'autre part, à leur sujet les trois propositions suivantes :

1. Quand on observe des crises génito-érotiques, on devra rechercher la neuro-syphilis médullaire en l'absence même de tout autre symptôme d'affection de la moelle épinière.

2. Quand les crises érotiques coexistent avec l'un quelconque des symptômes ordinaires de la myélite chronique syphilitique ou du tabès, on portera le diagnostic de myélite ou de tabès, en l'absence même de tout désordre actuel dans la motilité ou la coordination des membres.

3. La mise en jeu du traitement spécifique doit être très précoce, les résultats de cette médication sont d'autant plus nets que l'on intervient à une période plus rapprochée de la phase initiale des troubles nerveux. A la phase d'état, en effet, la transformation fibreuse a rendu les lésions irréductibles, et on ne saurait parler de guérison, mais tout au plus de fixation de la maladie.

Vu, le Président de thèse,

Nancy, le 6 Janvier 1938

BINET

Vu et approuvé :

Nancy, le 10 Janvier 1938

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 11 Janvier 1938

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université,

BRUNTZ

BIBLIOGRAPHIE

*La vie sexuelle de la femme; l'Impulsion sexuelle,
ses anomalies, thérapeutiques*

- BINET A. — La vie sexuelle de la femme (2^e édition. L'Expansion scientifique française. Edit. 1935).
- BRIAND et SALOMON. — Impulsions érotiques chez deux saturnins (Société clinique de Médecine Mentale, 21 Avril 1913).
- COTTE G. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (Paris, 1927, Masson, édit.).
- COURRIER. — Nymphomanie et ovaires kystiques (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Paris 1925. Tome XCIII, p. 674.
- DALCHÉ. — Leçons Cliniques et Thérapeutiques sur les maladies des femmes. Paris 1921, p. 104.
- DANIEL. — Physiothérapie en gynécologie (Maloine, édit. Paris 1931).
- DANTCHAKOFF. — Les bases de la sexualité (Alcan, édit. Paris, 1934).
- DENNIG. — Innervation der Harnblase (Berlin 1926).
- FRITSCH. — Maladies des femmes (Maloine, édit, Paris 1902).

- HAVELOCK ELLIS. — L'instinct sexuel (Edit. du Mercure de France. Paris, 1925).
- HOGGE. — Physiologie sexuelle, normale et pathologique (Doin, édit., 1931).
- LAIGNEL LAVASTINE. — Pathologie du sympathique (Alcan, édit. Paris, 1924).
- Anxiété, volupté et pneumogastrique (Paris Médical, 18 Août 1924).
- LECLERC. — Précis de Phytothérapie (Masson, édit. Paris, 1922).
- MULLER et DAHL. — Die innervierung der näuwlichen Geschlechttsorgane in. Deut. Arch. f. Klin. Mediz. 1912.
- PEUCNIEZ. — A propos de la nymphomanie (Bulletin et Mémoire de la Société de Médecine de Paris, 1926 (p. 137).
- SECONDE R. — Etude de l'innervation des organes génitaux de la femme. Dédutions chirurgicales que l'on peut tirer de cette étude (Thèse, Paris, 1926).
- VIGNES HENRI. — Physiologie gynécologique et Médecine des femmes (Masson, 1929)
- Physiologie obstétricale normale et pathologique (Paris 1923, Masson édit.).

Myélites. Tabès : Etude anatomo-pathologique et clinique

- BABINSKI. — Méningite gommeuse syphilitique (Société Médicale des Hôpitaux, 1903).
- BING R. — Les maladies nerveuses en 30 leçons (Paris, Maloine, 1924).
- BOUCHARD et CHARCOT. — Douleurs fulgurantes de l'ataxie sans incoordination des mouvements; sclérose commençante des cordons postérieurs de la moelle épinière (C. R. Société Biologie, 1865).

- DÉJERINE. — Séméiologie du système nerveux (Masson, édit., Paris, 1926).
- Anatomie pathologique du tabès dorsalis (Semaine Médicale, Sept. 1892).
- FOURNIER. — Leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique, recueillies par W. Dubreuilh (Paris, Masson, 1885).
- KLIPPEL et DAINVILLE. — Méningo-myélite syphilitique à forme rapide (Revue Neurologique 1908, p. 141).
- KURT BLUM. — Syphilis spinale basse (in Munch Med. Woch, 1925).
- MARIE PIERRE. — Article Tabès in Bouchard et Brissaud (Traité de Médecine. Tome IX, p. 751, Masson, édit., Paris 1904).
- La pratique neurologique (Masson, édit., Paris 1911).
- MASSARY. — Le tabès et les maladies systématiques de la moelle
- PÉRON. — Syndrome des nerfs de la queue de cheval (Thèse, Paris, 1925).
- PHILIPPE. — Contribution à l'étude du tabès (Thèse, Paris, 1897).
- POINCARRÉ. — Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux (Paris 1873-1874).
- ROUSSY G. et LHERMITTE J. — Blessure de la moelle et de la queue de cheval (Masson, édit. Paris 1918).
- TINET et GASTINEL. — Méningo myélite subaiguë avec lésions syphilitiques de la queue de cheval (Société de Neurologie, Juillet 1912).
- TROUSSEAU. — (Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu, à Paris, T. II. Baillière, édit., Paris 1902).
- (Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. Tome III, p. 751, Baillière, édit., 1902.)

Tabès et troubles génito-urinaires

- ABADIE Jean. — Crises douloureuses de faux accouchement chez une tabétique (Société de Neurologie. Séance du 2 Mars 1905).
- D'ABUNDO. — Le priapisme dans la neurosyphilis (in Giornale ital di dermat. e sif. Oct. 1933).
- ALAPINE G. — Le priapisme comme symptôme de maladies du système nerveux central (Vestnik khir. n° 39. p. 124-128. Moscou 1928).
- BECHTEREW. — Les fonctions bulbo-médullaires (Paris Baillière. 1910, t. II. p. 281).
- BITOT-SABRAZÈS. — Analgésie et atrophie des testicules dans le tabès (Revue de Médecine. Novembre 1891).
- Nerfs spermatiques et testicules d'ataxiques (Journal de Médecine de Bordeaux. Année 1890, p. 282).
- BOUCHER. — Le priapisme dans le tabès (Union Médicale du Canada. 57 : 88-90. Février 1928).
- BUDGE. — Nervensystem t. II, p. 155. Année de publication 1842.
- Comptes rendus de l'Académie des Sciences p. 586, Oct. 1858.
- Ueber die Reizbarkeit der vorderen Rückenmarksstränge (In Pfluger's Archiv, p. 511, 1869, et Anal. in centralblatt, p. 95. 1870).
- Zur Physiologie des Blasenschliessmuskels (In Pfluger's Arch. t. VI. 1872. Analyse in Revue des sciences méd. d'Hayem, p. 42; 1873).
- CAMAUER et RAFFO. — Crises ano-rectales du tabès et prolapsus rectal (La prensa médica argentina XVIII. N° 26 du 20 Février 1932).

- CARNOT Paul. — Le syndrome ano-vésico-génito-périnéal du tabès sacré (poliomyélite conale ou radiculite caudale). Paris médic. 1929.
- DAUDE. — De la contracture spasmodique du constricteur vulvaire, les rapports de causalité avec l'irritation spinale localisée (Paris 1880).
- DOWDEN C. W. — Initial bladder symptoms in tabès dorsalis (Kentr. M. S. Bowling. Green. 1923. XXI. p. 648-651).
- GAYET et BLANC. — Priapisme permanent. Bulletin de la Société de dermat. et syphil (Réunion de dermat. de Lyon). Février 1933.
- GRASSET. — Les mouvements involontaires au repos chez les tabétiques. Ataxie du tonus (Montpellier Médical, Décembre 1892).
- HEAD H. et RIDDOCH G. — The automatic bladder, excessive sweating and other reflex conditions in gross injuries of the spinal cord (Brain 1917. p. 188).
- HEVERROCH. — Des troubles de la fonction génitale dans le tabès (Revue de Neurologie 1902, p. 369).
- MÉDAIL. — Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide, début par des troubles vésicaux (Bull. soc. anat. et physiol. de Bordeaux, 1885. p. 231-240).
- MORSELLI. — Sull'i crisi vulvo-vaginali nell'atassia locomotrice. Giornale di neuropathologia (Mars-Juin 1890, p. 117).
- PITRES. — Des crises clitoridiennes du début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. Progrès Médical. 1884. N° 37.
- Sur quelques troubles vaso-moteurs et sécrétoires qui peuvent survenir au début et dans le cours de l'ataxie (Journal de Médecine de Bordeaux. 1883-1884).

- QUEUDOT C. — Des crises douloureuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice (Thèse de Paris 1892).
- RIVIÈRE. — De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaire dans l'ataxie locomotrice (Thèse de Bordeaux 1886).
- ROBERT. — Troubles de la sensibilité spéciale de l'ataxie (Union médicale du Nord-Est. Reims 1896. XX. p. 22-26).
- ROQUE et DEVIC. — Un cas d'hémorragie par l'anus dans le cours de l'ataxie locomotrice (Province Médicale de Lyon. 1893. VII).
- SÉGALAS. — Des lésions traumatiques de la moelle de l'épine, considérées sous le rapport de leur influence sur les fonctions des oranes génito-urinaires (Paris 1844. Mém. lu à l'acad. de méd., le 27 Août et le 23 Sept.).
- TATARTSCHEFF. — Die urogénitalstörungen bei tabès dorsalis (Berlin 1892).
- URECHEA et TZEPOSOU. — Deux cas de tabès vésical sacré (Comm. IV Congrès national roumain de chirurgie et gynécologie. Bucarest 18-21 Juin 1933. in Journal d'Urologie, méd. et chirurg. Juillet 1934.
- WILGUS S. D. et JELL E. W. — Le priapisme comme symptôme précoce de scléroses diverses (Arch. Neuro. And psychiatry Janv. 1931).
- ZANE et ORNSTEIN. — Tabès vésical (révista de chirurgie. Mai-Juin 1933).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Chapitre I. — Aperçu historique	5
Chapitre II. — Exposé des Observations	7
Chapitre III. — Etude clinique des crises génito- érotiques au cours des myélites syphilitiques et du tabès	21
Chapitre IV. — Essai d'interprétation pathogéni- que des crises génito-érotiques dans les myé- lites syphilitiques et dans le tabès.....	29
Chapitre V. — Diagnostic des crises génitales des myélites syphilitiques et du tabès.....	37
Chapitre VI. — Diagnostic positif des myélites chroniques syphilitiques et du tabès, en particulier à leur phase initiale	45
Chapitre VII. — Traitement	51
Chapitre VIII. — Conclusions	59
Bibliographie	61
